

TUBERCULOSIS

WHO世界結核報告2018



©WHO



2000年から2017年の間に、
5400万人の命が救われた



結核による死亡者数は
推定160万人
(そのうちHIV感染合併
の結核死亡者が30万)

結核は世界最大の
感染症による死因

同じ期間に結核死亡は
33%減少した。

結核は薬剤耐性菌 (AMR)
やHIVに関連する死亡の
主な死因である。



多剤耐性結核は、
発見しても治療できないため
危機的な状況にある。

あるべき患者のうち1/4にしか
診断と治療がなされていない。



結核対策実施に
35億USDの不足。

研究費に年間13億USD
以上の不足。

これまでに、何千万人の命が救われ、進展がみられたが、
世界的な取り組みと投資は、必要とされるものには遠く及んでいない

結核の状況と対応

結核は空気感染する病気。世界10大死因の1つ。
薬剤耐性やHIVに関連する主な死因である。

結核による負担

2017年、世界では1000万人が結核を新たに発病(罹患)、580万人が男性、320万人が女性、100万人が子供であった。そのうちHIV感染者が9%にも及ぶ。

新たな発病の66%は、インド、中国、インドネシア、フィリピン、パキスタン、ナイジェリア、バングラディッシュ、南アフリカの8か国による。

2017年、30万人のHIV感染者を含む160万人が結核により死亡した。

世界的にみて、2000年から2017年の間で、結核による死亡は42%減少した。

結核流行の深刻度は、国によって大きく異なる。2017年では、ほとんどの高所得国で人口10万対の罹患率は10未満(訳注:日本(2017年13.0)を除く)、結核高負担国の30カ国のほとんどで150~400、そしてモザンビーク、フィリピン、南アフリカなどいくつかの国では500以上。

結核の治療と予防

2000年から2017年の間に、結核の治療により世界で5400万人の命が救われた。

2017年、新規発病例として640万人が国の機関とWHOへ報告された。報告された件数とWHOによる推定罹患患者数には360万人の差がある。この差の80%は10ヶ国によるもので、インド、インドネシア、ナイジェリアがトップ3(46%)である。

世界的にみて、2016年に新規に診断された患者の治療成功率は82%である。

薬剤耐性結核

WHOは、600,000人が、最も有効な第一選択薬である世界的にみて、558,000人が最も有効な第一選択薬であるリファンピシン耐性(RB-TB)、そのうちの82%が多剤耐性結核(MDR-TB)である。

2017年には160,000人の多剤耐性結核患者が発見され、報告された。そのうち140,000人が第二選択薬による治療を開始した。

世界的に見ると、多剤耐性結核患者の治癒率は平均でわずか55%に過ぎない。

2017年、多剤耐性結核患者のうち、推定8.5%が超多剤耐性結核(XDR-TB)である。

結核とHIVの重複感染

2017年、HIVに感染している結核患者465,000人の84%が抗レトロウイルス療法を受けている。

発見と治療開始のギャップのほとんどは、HIVと結核重複感染による負担が最も多いWHOのアフリカ地域にある。

結核の予防内服

WHOは、HIV感染者および結核患者と接触のある家族には、予防内服を推奨している。

2017年、HIV治療に新たに登録された人のうち合計960,000人が、結核の予防内服を開始した(新たにHIV治療を開始した人のわずか36%にしかならない)

また、予防内服を開始した5歳未満の子供は、2017年に28万人に達した。2015年より3倍増加したが、まだ必要とされる130万人のうち1/5しか達していない。

診断や新薬、レジメンの採用

WHOが推奨する結核とリファンピシン耐性の迅速診断テスト(WRD)としてXpert MTB/RIF®がある。結核高負担国の48ヶ国のうち32ヶ国で、2017年末までに肺結核が疑われる全ての人々に行う最初の診断検査としてWRDが国の標準診断方式に採用された。

2017年末までに、68ヶ国がベダキリンの輸入または使用を開始、42ヶ国がデラマニドを使用していることが報告されている。

研究開発

2017-2018年には少数の技術が浮上し、そのいくつかにフィールド評価が行われたが十分な成果は見られなかった。ポイントオブケア(診療現場)での使用に適した、迅速で正確、かつ安定性のある結核診断検査法はいまのところない。

12のワクチン候補が臨床試験中である:4つが第1相、6つが第2相、2つが第3相にある。それらの候補には、結核の感染と発病を阻止するもの、結核治療結果の向上を助けるものも含まれる。

20の薬、数個の治療方式、12のワクチン候補が臨床試験中である。

結核の研究開発資金は、2016年724百万USDをピークに増加した。しかし、それは年間20億USDが必要と推測されるうちのたった36%に過ぎない。

30の全ての高結核負担国は、UHCの達成のためにサービスの普及率を高め、家計に対する「破滅的な出費」の水準を抑えることが必要であり、これは結核患者とその世帯が直面する費用に関する調査の結果と一致する。

報告書は、結核関連SDGモニタリング枠組みを特集し、結核の発生につながる14の指標に注目している。それらの指標のモニタリングは、国レベルでの結核流行に何が影響するかを特定し、流行を終息させるために必要な多部門での対策を周知させるために使用できる。

多くの新規結核発生は、栄養失調、HIV感染、喫煙、糖尿病、アルコール摂取に起因する。

結核対策の財源

2018年、低・中所得国の結核に対して充分に対処する為には、研究開発費を除く104億USDが必要と予測される。

2018年、69億USDが結核の予防、診断、治療に使用可能であったが、約35億USDが不足のままである。

2018年、69億USDのうち86%が各国の国内資金で賄うことができる。しかし、この統計的な数字は、強くBRICSの国々に影響される。

BRICSを除く高結核負担国の対策資金の39%、低所得国では57%を国際的援助による資金に依存している。

研究開発費に関して、新技術の開発を加速させるには、少なくとも年間さらに13億USDが必要。



2018年
年間104億USDが
結核対策に必要

2018年、
69億ドルが確保

うち
60億ドル
自前

9億ドル
国際援助
による
資金

残り
35億ドル
欠損



年間、研究費として
20億ドルが必要

2017年、
13億ドルが不足